

Vergaderjaar 2007–2008

29 247

Acute zorg

Nr. 78

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 augustus 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 3 juli 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 21 februari 2008 inzake reactie op MICU vergunningaanvraag Isala Klinieken (VWS-08-274);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 5 maart 2008 inzake bodemprocedure NVZ inzake ziekenhuiszorg (27 659, nr. 97);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 15 april 2008 inzake uitvoering motie-Schermers inzake fusie van ziekenhuizen in Zeeland (31 016, nr. 16);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 24 juni 2008 inzake kwaliteit en bereikbaarheid (29 247, nr. 75);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 1 juli 2008 over onderzoeken inzake ambulancezorg (29 247, nr. 74).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Jan de Vries** (CDA) vindt het verheugend dat het kabinet uitvoering heeft gegeven aan de in april aanvaarde motie-De Vries waarin de regering werd verzocht met alle beschikbare middelen de megafusie tussen Evian Groep, Philadelphia Zorg en Woonzorg Nederland te blokkeren. Dat is winst voor alle cliënten en huurders van de betrokken instellingen. Hij spreekt zijn zorg uit over de gevolgen van fusies met het oog op menselijke maat, kwaliteit, diversiteit, keuzevrijheid, transparantie, doelmatigheid en cliënteninvloed. Gelukkig ziet het kabinet die risico's. Alternatieve samenwerkingsvormen worden immers onvoldoende overwogen. Het is goed dat het kabinet de positie van de cliënten bij fusies wil versterken, dat instellingen wordt gewezen op alternatieve samenwerkingsvormen en dat het concentratietoezicht van de NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit) wordt aangescherpt, waarbij al bij een marktaandeel van 35% wordt getoetst en zorgspecifieke elementen worden meegenomen.

Het kabinet ziet geen reden voor een nieuwe wettelijke regeling voor een specifieke fusietoets voor de zorg. Wat gebeurt er echter wanneer de NMa

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie) en De Wit (SP).

weer de adviezen van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) en de inspectie naast zich neerlegt? Dan heeft de minister voor Wonen, Wijken en Integratie niet de mogelijkheid om alsnog de fusie te blokkeren. Waarom kan die minister binnen de EU-regelgeving wel zelfstandig fusies toetsen en is dit in Nederland niet mogelijk? Het rapport-Van der Gronden laat ruimte voor speciale wetgeving. Is het kabinet bereid deze vragen en aspecten voor te leggen aan de Raad van State? Aan de hand van dit advies kunnen de fusies in de zorg uitvoeriger aan de orde komen in het debat met de regering.

Mevrouw **Schermers** (CDA) vindt dat verloskundige hulp onderdeel moet zijn van spoedeisende hulp. Een geboorte kan van het ene moment op het andere overgaan in «superspoed». Dan moet er acuut tweedelijns verloskundige zorg kunnen worden geboden. Ook voor acute tweedelijnszorg moeten goede bereikbaarheidsnormen gesteld worden. Is de minister het hiermee eens? Hoe ziet de minister het opstellen van normen met het zicht op 2012 ten opzichte van de ontwikkeling naar een steeds grotere concentratie van ziekenhuiszorg, vooral in de avonduren? Komt de thuisbevalling door deze ontwikkeling in de waagschaal te staan? Hoe staat het met de bereikbaarheid van ziekenhuizen in Zeeland na fusering? Zijn de normtijden nog wel haalbaar? Zijn de zorgen over de kwaliteit terecht, nu er specialisten vertrekken? De minister moet wat dit betreft de vinger aan de pols houden en zo nodig interfereren. Is hij het hiermee eens? De minister spreekt van een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor spoedeisende eerste hulp. Bereikbaarheid bij spoed heeft niet alleen te maken met de afstand tot het ziekenhuis, maar ook met de aanrijtijden van de ambulance en de kwaliteit van de ambulancehulpverlening. In het plan van de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) wordt voorgesteld om de electieve zorg te laten plaatsvinden in de UMC's (Universitair Medisch Centrum) en de topklinische ziekenhuizen. Dat is niet realistisch. Naast de vraag of die capaciteit er wel is, speelt de bereikbaarheid van de algemene ziekenhuizen een belangrijke rol. De RVZ stelt dat mensen in verband met kwaliteit van zorg wel reisbereid zullen zijn, maar dat gaat slechts ten dele op. Kan de minister hierop reageren?

De minister wil kleinschalige vormen van eerstelijnszorg faciliteren: kleinschalige HAP's (huisartsenposten) of steunlocaties van een hoofdvestiging. Wie bemensen die kleinschalige HAP's of steunvestigingen? De huisartsen zijn overgegaan op huisartsenposten om ook in de avond- en nachturen een uitgeslapen hulpverlener aan het bed te krijgen. Past dit in de doelstelling van de voorgestelde kleinschalige voorzieningen? Wat vindt de minister hiervan, mede in relatie tot het RVZ-advies over deze keten? Het is toch niet de bedoeling om een HAP in de gehele regio de functie van de spoedeisende hulp over te laten nemen? Een van de verbeteringen die de minister in het systeem wil invoeren is het waar nodig vestigen van huisartsenposten bij een hulppost voor spoedeisende hulp van een ziekenhuis, met één voordeur voor acute medische problematiek. Dat is een prima plan. Wat bedoelt de minister met de toevoeging «waar nodig»? Wie doet in die situatie de triage? Gebeurt dit onafhankelijk en volgens de werkwijze van de eerstelijnszorg? De minister deelt de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) veel taken toe. Dat strekt tot het maken van beleid en het controleren van de eigen goedgekeurde normen van de beroepsgroepen. Is dat geen dubbelfunctie? Kan de IGZ dat aan? Leidt dit tot vertraging? Hoe staat het met de uitwerking van het referentiekader van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) voor spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg? Kan de minister een tijdpad geven? Hoe zit het met de knelpunten in de zorg die in de afgelopen periode aan de minister zijn voorgelegd, waarvoor via een motie van de CDA-fractie extra geld beschikbaar is gesteld? Hoe zijn die knelpunten gelokaliseerd en gediagnosticeerd? Wat was het resultaat van de interventies van de minister?

Mevrouw **Schippers** (VVD) stelt dat het modieus is om de druk om te fuseren toe te schrijven aan marktwerking, terwijl juist in de sectoren zonder marktwerking zonder enige toets doorgefuseerd is, soms zelfs tot er maar één monopolist overblijft. Marktwerking voorkomt geen schaalvergroting, maar geeft wel ruimte voor nieuwe toetreders. Het is een illusie om te denken dat er een systeem bestaat om schaalvergroting te stoppen. Schaalvergroting heeft veel voordelen voor de organisaties zelf en de verzekeraars. De patiënt heeft in de praktijk het nakijken. De grootste klacht betreft de bereikbaarheid van zorg. Langzaam maar zeker is de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg steeds verder gecentraliseerd. Dat proces moet gekeerd worden. Om dat te bereiken is een rigoureuze omslag noodzakelijk.

In de brief van de minister staat dat nog maar 25 ziekenhuizen in de tabel spoedeisende hulp worden aangemerkt als gevoelig. In 2006 waren dat 47 ziekenhuizen. Dat impliceert een schaalvergrotingsoperatie. De reductie wordt veroorzaakt door extra ambulanceposten. Uit navraag bij ziekenhuizen blijkt echter dat ongeveer 90% van de patiënten die via de spoedeisende hulp binnenkomen niet met een ambulance zijn gebracht. Deze reductie moet niet doorgevoerd worden. Kan de minister toezeggen dat hiertoe niet besloten wordt in het zomerreces?

De minister wil de bereikbaarheidstoelage voor ziekenhuizen afbouwen van negen naar drie ziekenhuizen. De onderbouwing is dat zes ziekenhuizen niet meer als gevoelig worden aangemerkt. Deze argumentatie is volstrekt onvoldoende. Een fusietoets uitgevoerd door de politiek op basis van onduidelijke criteria wordt niet ondersteund. De blokkade die de minister voor Wonen, Wijken en Integratie in dit verband heeft opgeworpen verdient geen schoonheidsproces. Het is een heilloze weg als de politiek op basis van eigen, steeds wisselende criteria daartoe besluit. Om dat te voorkomen, moet er formeel een betere regeling komen. De NZa moet een beslissende in plaats van een adviserende rol krijgen. Bij deze toetsen is de schaal waarop de zorg wordt gekozen van groot belang. Die schaal is voor ziekenhuizen groter dan voor huisartsen. Te vaak wordt die landelijk gedefinieerd. Het is van belang dat het criterium van de keuzeradius prominent naar voren komt. Dat gaat niet specifiek over langdurige zorg, zoals de minister stelt, maar over de basiszorg in streekziekenhuizen. Kan de minister toezeggen dat hierover gedurende het zomerreces geen besluiten worden genomen? Initiatieven om tegemoet te komen aan wensen van mensen om zorg dichterbij te krijgen, met name als het gaat om de eerstelijnszorg, moeten worden gehonoreerd in plaats van tegengewerkt. Is de minister bereid te kijken naar een eigen tarief voor wijkverpleegkundigen? Er zijn zorgen over de aanpassingen in het vereveningssysteem die de substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg mogelijk moeten maken. Kan de minister daar nader op ingaan? Kan hij voorts aangeven hoe het verder gaat met de ambulancezorg?

De heer **Van Gerven** (SP) vraagt de minister of het nodig is om over te gaan tot schaalvergroting om kwaliteit te garanderen, zoals de RVZ adviseert. Hoe ziet de minister de positie van de streekhuizen? Een teruggang naar slechts veertig ziekenhuizen is niet wat de samenleving wil. Streekziekenhuizen vormen het hart van de ziekenhuiszorg. Die zorg wordt niet geborgd met een versterking van de rol van de NZa. De minister schrijft dat de beschikbaarheidstoelage voor negen kleine ziekenhuizen wordt gehandhaafd in 2009. Vervolgens schrijft hij dat voor zes kleine ziekenhuizen de beschikbaarheidstoelage mogelijk gaat verdwijnen. Wat wordt daarmee bedoeld? Wat vindt de minister van de suggestie om de voorstellen van de samenwerkende algemene ziekenhuizen te volgen om te komen tot een beschikbaarheidstoelage gekoppeld aan de schaalgrootte van ziekenhuizen, zodat de uitgangspositie van ziekenhuizen gelijk wordt?

Daarbij moet niet worden uitgegaan van een ziekenhuisorganisatie, maar van ziekenhuislocaties.

De situatie in Zeeland baart zorgen. Kan de minister daarin een actievere rol spelen? Hoe wordt bijvoorbeeld adequate verloskundige zorg in Zeeland geborgd? De minister wil een gelijk speelveld voor zbc's (zelfstandige behandelcentra) en ziekenhuizen. Kan hij dat toelichten?

Wat vindt de minister van het idee om de lokale overheid bij fusies instemmingsrecht te geven en zo de publieke belangen te borgen?

De minister wil aan de ene kant integratie van huisartsenposten in ziekenhuizen stimuleren, wat leidt tot schaalvergroting, en aan de andere kant dat er meer huisartsenposten in de wijk komen, wat leidt tot schaalverkleining. Het een valt moeilijk met het ander te rijmen. Wat vindt de minister van het idee om de huisarts individueel verantwoordelijk te maken en daartoe de middelen te verstrekken om de dienstenstructuur te regelen? Daarmee zal kleinschaligheid beter geborgd zijn.

Het bereikbaarheidscriterium van vijftien minuten dat voor ziekenhuizen geldt, zou ook voor huisartsen moeten gelden. Is de minister het hiermee eens?

Wat de ambulancevoorziening betreft zijn er een aantal black spots. Worden met het voorliggende voorstel al die problemen opgelost?

De heer **Van der Veen** (PvdA) vindt dat hoofdlijn van beleid moet zijn dat patiënten kwalitatief goede zorg krijgen en dat die zorg goed bereikbaar is. Uit de brief van de minister over kwaliteit en bereikbaarheid komt niet duidelijk naar voren waar de verantwoordelijkheden liggen. Kan de minister uitleggen wat hij bedoelt met de term systeem in relatie tot menselijke maat? De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg gaat achteruit. De verschillen tussen wijken nemen veel sneller toe dan in de rest van Europa. Dat zijn zorgelijke ontwikkelingen, waar al eerder aandacht voor is gevraagd in een motie-Van der Veen. Hoe staat het met de uitvoering van die motie? Verwezen wordt naar de brief van de veertig ziekenhuizen, waarin belangwekkende conclusies worden getrokken over schaalvergroting en schaalverkleining.

Is de minister bereid de toetsing door de provincie Zeeland van het fusiebesluit van Ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen te steunen? Alle partijen zijn voorstander van een fusie. Er bestaat echter groot wantrouwen tegen de wijze waarop gecommuniceerd wordt door de raad van bestuur. Dit is een goed voorbeeld van een fusie die om kwalitatieve redenen zeer gewenst is, maar die aanleiding geeft tot spanningen omdat het maatschappelijk middenveld er niet bij betrokken wordt.

Voorts vraagt de heer Van der Veen aandacht voor de groeiende liquiditeitsproblemen bij de B3-stichtingen voor de ambulancezorg. Het RIVM kan jammer genoeg nog niet aangeven wat dit gaat kosten. Naar aanleiding van het ambulanceplan van het RIVM wordt in het bijzonder aandacht gevraagd voor de beperkte ontsluiting van Zeeland met het oog op het grote aantal toeristen in het hoogseizoen.

Antwoord van de minister

De **minister** concludeert uit onderzoek van de RVZ dat de bereikbaarheid van de zorg de afgelopen jaren niet minder is geworden. Er is een dubbele beweging te constateren in de sector. In de eerstelijnszorg valt schaalverkleining waar te nemen, aangezien de eerstelijnszorg zich dusdanig instelt op het bieden van toereikende zorg dat de tweede lijn later in beeld komt. Die beweging naar schaalverkleining is van groot belang, ook omdat daarmee substitutie gemoeid is. De Kamer ontvangt binnenkort een notitie naar aanleiding van de motie-Omtzigt waarin de regering wordt verzocht daarvoor de financiële belemmeringen weg te nemen. De andere beweging is die naar schaalvergroting dan wel concentratie. Schaalver-

groting houdt niet automatisch een verbetering van de kwaliteit van zorg in. Van belang is dat de cliënt kwalitatief hoogwaardige zorg kan vinden. De ontwikkelingen rondom de electieve zorg moeten worden overgelaten aan patiënten en verzekeraars op basis van inschattingen van kwaliteit, waarbij uiteraard ook de prijs een rol speelt.

De overheid heeft een rol bij het bieden van minimumwaarborgen voor de behandeling van aandoeningen, waarbij de inspectie de verantwoordelijkheid heeft voor het formuleren van minimumveiligheidsnormen. De minister preciseert die normen. Vervolgens gaat de inspectie handhaven. De daaruit voortvloeiende schaalvergrotingseffecten c.q. concentratietendensen zijn beoogd. De verzekeraars moeten op basis van inschattingen van kwalitatieve verschillen wellicht selectief inkopen. Dat is een goede ontwikkeling, maar de inschatting van de verzekeraars mag niet in de plaats komen van de gestelde minimumveiligheidsnormen van de inspectie. De overheid moet voor de acute huisartsenzorg streven naar normen. Het veld wordt uitgenodigd om normen te ontwikkelen die in 2011/2012 geïmplementeerd moeten zijn. De systemen moeten dienstbaar zijn aan op de patiënt gerichte zorg. Dat is in de eerste lijn en in de relatie tussen de eerste en tweede lijn en bij de behandeling van chronisch zieken nog te weinig het geval.

Het RIVM-rapport Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008 geeft per RAV-regio (Regionale Ambulance Voorziening) weer welke ambulancecapaciteit nodig is om 97% van de bevolking in 15 minuten te kunnen bereiken. Het rapport maakt duidelijk waar de capaciteit niet volstaat. Het RIVM concludeert dat de bestaande ambulancecapaciteit moet worden uitgebreid om de prestaties van de ambulancesector te verbeteren. Die conclusie onderschrijft het kabinet. De NZa is gevraagd scenario's te berekenen voor het financieren van die uitbreiding. Voor deze aanpak is gekozen omdat de ambulancesector te kennen heeft gegeven een andere bekostigingssystematiek te willen hanteren. De sector wil af van de aanwezigheidsdiensten en wil de ambulance-inzet altijd en over de gehele linie paraat maken. De minister is vooralsnog niet van plan daarin mee te gaan. Het is uit een oogpunt van betaalbaarheid van de gezondheidszorg niet doenlijk om 24 uur per dag, zeven dagen in de week, overal parate diensten te draaien. Per september wordt met de uitbreiding gestart. Er is in de begroting geld gereserveerd met het oog op de uitbreiding van de ambulancediensten volgens de klassieke manier van werken.

De minister zal nagaan in hoeverre de adviesaanvraag aan de Raad van State kan worden uitgebreid naar aanleiding van de overwegingen die de heer De Vries noemde. Het is belangrijk om de Raad van State te vragen in hoeverre de rol van de NZa versterkt kan worden. Op dit moment wordt de NMa door de NZa geadviseerd. De NMa kan alleen beargumenteerd van dat advies afwijken. De suggestie om het fusietoezicht naar de NZa te verplaatsen vindt de minister op voorhand geen goed idee, omdat de NMa verantwoordelijk is voor het algemene mededingingstoezicht op grond van de Mededingingswet en de Europese regels. Het is verstandig om daaraan vast te houden, ook omdat er bij de NMa veel expertise op dit terrein is. De minister zal bezien in hoeverre de NZa en de inspectie een grotere rol kunnen krijgen met betrekking tot de afwegingen die de NMa geeft.

In het rapport van de heer Van der Gronden staat dat verwezen kan worden naar het algemeen belang in termen van bereikbaarheid rondom fusies, maar wel tegen de achtergrond van een overheid die intensief plant. Een overheid die, behoudens in de sfeer van acute zorg, een planende rol herneemt is niet wenselijk. Om die reden is aan de Raad van State gevraagd te adviseren over de modaliteit waarbij het toezicht, in feite de «concentratieverboden», niet bij de 40% of 50% komt te liggen maar bij de 35%. Ook wat dat betreft is er spanning met het Europees recht. Het kan alleen wanneer het algemeen belang in het geding is. Een

zekere mate van competitie en kleinschaligheid is in dat opzicht van belang met het oog op de kwaliteit van de zorg. Dat zou een aanknopingspunt kunnen bieden om onder verwijzing naar het Europese recht af te wijken van de generieke, algemeen geldende mededingingsregels. De Raad van State moet bezien in hoeverre langs die lijnen kleinschaligheid in combinatie met competitie in stand gehouden kan worden. De grens ligt bij 35%, tenzij er een kwaliteitsverweer is. In Zeeland is bijvoorbeeld aan de orde dat de kwaliteit daarop een inbreuk is. Tegen die achtergrond is het logisch dat men zoekt naar een bepaalde vorm van concentratie om de kwaliteit te kunnen garanderen.

De inspanningen zijn erop gericht om de bereikbaarheid van de acute zorg in Zeeland te waarborgen. De spoedeisende zorg moet binnen 45 minuten beschikbaar zijn. Dat geldt ook voor de verloskunde. Dit is een expliciet punt van aandacht in het advies van de inspectie. In de toegezegde brief over verloskunde en kraamzorg, die de Kamer binnenkort kan verwachten, zal dit punt ook aan de orde zijn.

De minister vindt integratie van SEH-vestigingen (Spoedeisende Eerste Hulp) en huisartsenposten noodzakelijk uit een oogpunt van doelmatigheid en veiligheid. De HAP's moeten meer profiel krijgen, zodat mensen met hun zorgvragen 's avonds, 's nachts en in de weekends aan kunnen kloppen. Uit een oogpunt van veiligheid is de schakeling tussen HAP en SEH belangrijk om de triage heel snel op te kunnen pakken. De eerste triage wordt gedaan door iemand uit de eerstelijnszorg. Mensen die ten onrechte aankloppen bij een huisartsenpost terwijl zij eigenlijk bij een SEH moeten zijn, kunnen dan snel doorverwezen worden. De mogelijkheid van functionele bekostiging wordt verkend, zodat er een level playing field is. Onderzocht wordt of voor de acute huisartsenzorg normen en bereikbaarheidscriteria ontwikkeld kunnen worden. Daarbij wordt ook de norm van 15 minuten meegenomen.

Een deel van de extra middelen die zijn uitgetrokken voor de ambulancezorg zijn geïnvesteerd in twee ambulances in Rotterdam. De extra middelen zullen dalen naar aanleiding van de uitbreiding die op basis van het RIVM-rapport Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008 wordt gerealiseerd. Het RIVM-rapport is, inclusief de cijfers en veronderstellingen, zonder voorbehoud aanvaard door de ambulancesector, die deel uitmaakte van de begeleidingscommissie. Die cijfers hebben betrekking op dekking van het aantal black spots. De RAV's moeten dit waarmaken op basis van prestatie-eisen, die in de toekomst zeer waarschijnlijk worden gesteld.

Het RIVM spreekt van een gevoelig ziekenhuis wanneer inwoners afhankelijk zijn van slechts één ziekenhuis met een SEH, die per ambulance binnen 45 minuten bereikt moet kunnen worden. Wanneer die normtijd overschreden wordt, zal een ziekenhuis worden aangemerkt als gevoelig. Voor het toekennen van de beschikbaarheidstoelage zijn twee objectieve criteria van belang: de gevoeligheid en de vraag of een ziekenhuis voldoende omzet heeft om de spoedeisende hulp te handhaven. De combinatie van die twee criteria leidt op grond van de uitbreiding van het aantal ambulances ertoe dat een aantal ziekenhuizen niet meer voor de beschikbaarheidstoelage in aanmerking komt. Er wordt toegewerkt naar een systeem van prestatiebekostiging. In het kader daarvan zal bekeken worden of er een nieuwe formule voor de beschikbaarheidstoelage moet komen. Tot na de zomer worden hieromtrent geen onomkeerbare beslissingen genomen. De minister zal schriftelijk preciseren om welke ziekenhuizen het hierbij gaat.

De minister is bereid te verkennen in hoeverre er een apart tarief kan komen voor de zorg door wijkverpleegkundigen, die een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg. Gedacht wordt aan het model waarbij de huisarts generalist blijft en de wijkverpleegkundige aanspreekpunt is voor patiënten die om een specifieke behandeling vragen.

Voor de zbc's zal een gelijk speelveld in het vizier komen met de overgang naar prestatiebekostiging.

De minister zal bezien in hoeverre het maatschappelijk middenveld betrokken kan worden bij fusies van ziekenhuizen. Hij is zich bewust van het wantrouwen onder de bevolking omdat raden van bestuur en raden van toezicht te geïsoleerd opereren. De mate waarin een raad van bestuur c.q. raad van toezicht gehouden is, andere belanghebbenden te betrekken bij de afweging is van belang in het kader van de maatschappelijke onderneming. Het is niet meer dan normaal om bij de belanghebbenden die op zijn minst geconsulteerd worden ook de lokale overheden c.q. provinciale overheden te betrekken. De minister zal dit punt bespreken met de heer Van Heukelom, gedeputeerde provincie Zeeland, en daarbij de mogelijkheid opperen om een vertegenwoordiger van het ministerie in de toetsingscommissie op te nemen of de inspectie erbij te betrekken. In het referentiekader zijn ook de seizoensinvloeden in Zeeland meegenomen. Voor Goeree-Overflakkee en Zeeland is bovendien meegenomen dat men niet kan rekenen op burenhulp.

De B3-stichtingen zijn in financiële problemen geraakt. De minister heeft zich bereid verklaard onder voorwaarden in financiële zin de helpende hand te bieden. Een van de voorwaarden is dat de B3-stichtingen maatregelen zullen treffen opdat zij structureel wel in staat zijn om met de NZa-tarieven een gezonde bedrijfsvoering te realiseren. De B3-stichtingen hebben een financieel maatwerkplan ingediend dat gebaseerd is op de FLO-overgangsregeling (functioneel leeftijdsontslag) bij de B3-stichtingen. Conform de afspraak is de NZa gevraagd om een advies. Het NZa beziet onder andere of het financieel plan deugdelijk is en of de financiële veronderstellingen rond het structureel haalbaar maken van de exploitatie adequaat en proportioneel zijn. Is bijvoorbeeld de nagestreefde solvabiliteit in de plannen wel voldoende? Eén B3-stichting is in gesprek met een particulier bedrijf voor overname. Een andere B3-stichting voert overleg over een andersoortige fusie. Inmiddels heeft het College van Beroep voor het Bedrijfsleven uitspraak gedaan over de FLO-kwestie met betrekking tot publieke diensten. Dat kent een grote samenhang met dit dossier. De NZa gaat na wat de consequenties van die uitspraak zijn. Gezien het complexe karakter van het geheel wil de minister niet over één nacht ijs gaan, ook met het oog op de financiële belangen en implicaties die hierbij spelen. Onder andere speelt een rol in hoeverre er ongeoorloofde staatssteun wordt gegeven. De minister zal de toezegging die hij in dit verband heeft gedaan nakomen. Over de uitkomsten van het onderzoek van de NZa zal hij de Kamer zo spoedig mogelijk berichten.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Jan de Vries** (CDA) dankt de minister voor de toezegging om de adviesaanvraag aan de Raad van State uit te breiden met de vraag of een zelfstandige toets van de NZa mogelijk is naast die van de NMa.

Mevrouw **Schermers** (CDA) heeft geen antwoord gekregen op de vraag wat de toevoeging «waar nodig» betekent als het gaat om het vestigen van huisartsenposten bij een hulppost voor spoedeisende hulp. Deelt de minister de mening dat thuisbevallingen niet in de knel mogen komen, wat er ook gebeurt met concentratie van ziekenhuizen c.q. tweedelijns-verloskunde? Wil de minister reageren op signalen van specialisten, verloskundigen en verpleegkundigen naar aanleiding van de fusering van ziekenhuizen in Zeeland?

Mevrouw **Schippers** (VVD) vindt het belangrijk dat de zorg op belangrijke onderdelen dichterbij mensen wordt gebracht. Het is een goede zaak dat de minister de voor- en nadelen onderzoekt van het onderling doorverwijzen door huisartsen, dat hij een toezegging heeft gedaan over een

apart tarief voor wijkverpleegkundigen en dat hij heeft toegezegd een eventuele verzwaring van de NZa-rol voor te leggen aan de Raad van State. Is het mogelijk dat de Kamer de adviesaanvraag toegestuurd krijgt? Kan de minister mondeling of schriftelijk een toelichting geven op de reductie van het aantal ziekenhuizen dat in de tabel spoedeisende hulp wordt aangemerkt als gevoelig? De uitbreiding van het aantal ambulancestandplaatsen vervangt niet het volledige netwerk van ziekenhuizen met spoedeisende hulp, omdat 90% van de vragen om spoedeisende hulp niet via de ambulance binnenkomt.

De heer **Van Gerven** (SP) vindt het positief dat de minister wil nadenken over de democratische legitimiteit van beslissingen die raden van bestuur van ziekenhuizen nemen. Is de minister bereid, voordat er onomkeerbare beslissingen worden genomen rondom de fusering in Zeeland, de lokale overheid advies- of instemmingsrecht te geven? Hoe denkt de minister over het creëren van een gelijk speelveld in het kader van de deregulering, aangezien kleinere ziekenhuizen het onderspit lijken te delven ten opzichte van de grote topklinische ziekenhuizen?

De heer **Van der Veen** (PvdA) herhaalt zijn vraag naar de uitvoering van zijn motie over het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Kan de minister wat dat betreft voortvarend handelen? Voorts benadrukt hij het belang van de maatschappelijke toets voor de fusering in Zeeland. De ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg in Zeeland baart zorgen. Er moet snel actie worden ondernomen. De minister wordt met klem verzocht zich nadrukkelijker in de situatie te mengen.

De **minister** zal de adviesaanvraag aan de Raad van State indien mogelijk aan de Kamer toesturen. Bekeken wordt in hoeverre de rol van de NZa scherper kan zijn in het traject.

Het is in alle situaties wenselijk om bij hulpposten voor spoedeisende hulp een huisartsenpost te vestigen.

Over de thuisbevallingen in Zeeland wil de minister eerst weten wat de inspectie daarover te melden heeft in het kader van de fusietoets alvorens daarop in te kunnen gaan. In het algemeen geldt dat de 45-minutengrens voor spoedeisende hulp buitengewoon relevant is. Die norm mag niet overschreden worden.

De minister hecht eraan om aan te geven dat de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg meer naar elkaar toe moeten groeien. Hij erkent de onrustgevoelens en de onzekerheid naar aanleiding van de ontwikkeling naar schaalvergroting. Schaalvergroting betekent niet in alle opzichten verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daarom is het belangrijk om beleidsmatig tegengas te geven in de richting van meer zorg naar locaties en versterking van de eerstelijnszorg. De NZa bekijkt in hoeverre marktwerking invloed heeft op de toegankelijkheid van de huisartsenposten. De minister verwijst naar SOS-arts en stelt dat marktwerking er niet toe mag leiden dat belangrijke publieke dimensies onder druk komen te staan. Voor de vraag over de reductie van 47 naar 25 gevoelige ziekenhuizen verwijst de minister naar zijn eerdere antwoord. De vervolgvraag is in hoeverre ziekenhuizen de spoedeisende hulp, zeker als overgegaan wordt op prestatiebekostiging, uit eigen middelen kunnen financieren. Een ziekenhuis dat niet meer als gevoelig wordt aangemerkt, dat te weinig omzet draait en geen beschikbaarheidstoeslag meer krijgt, zal misschien moeten inboeten op spoedeisende hulp. De minister herhaalt dat hij hierover geen onomkeerbare beslissingen zal nemen gedurende het zomerreces en zonder hierover met de Kamer overleg te hebben gepleegd. De minister is niet voor instemmingsrecht van gemeenten en provincies. Wel vindt hij het belangrijk dat maatschappelijke organisaties, stakeholders en belanghebbenden worden geconsulteerd. Een en ander mag niet ten detrimente zijn van de kwaliteit van de zorg. Soms is concentratie

nodig om kwaliteit te kunnen bieden. Wanneer streekziekenhuizen betere kwaliteit leveren dan grote topklinische ziekenhuizen, zal transparantie er met grote waarschijnlijkheid toe leiden dat zij meer gecontracteerd zullen worden.

De minister zegt toe dat er na de zomer een uitgebreide brief komt naar aanleiding van de motie van de heer Van der Veen over het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen